Rok XL. Kraków, 27 Lipca 1901. Nr 30

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego.

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

I. Rozwój i obecne stanowisko organoterapii.

Grasica. — Przysadka mózgowa. — Jajniki.

Skreślił

Doc. Dr. L. Korczyński.

Grasica i przysadka mózgowa, to dwa narządy, o których z niejakiem prawdopodobieństwem przypuszczać wolno, że czynność ich stoi w pewnym związku z czynnością gruczołu tarczykowego.

O pierwszym z nich wiemy niewiele. Przyjąć wprawdzie można, a nawet trzeba, że narząd tych rozmiarów co grasica, zmieniający swą wielkość i swe utkanie w okresie dojrzewania, jakąś i to zapewne niepodrzędną rolę odgrywać musi w okresie najszybszego wzrostu i rozwoju ustroju; ale jakiego rodzaju jego zadania, jakie skutki, gdy ich nie spełnia, względnie jaki narząd działa wtedy zastępczo, to wszystko pytania, na które niemamy dostatecznej odpowiedzi. Sprawa ta nie jest wszakże zupełnie ciemna. Już w anatomicznych badaniach Köllikera, wykazujących wspólność zarodkowego pochodzenia grasicy i gruczołu tarczykowego, dopatrzeć można niejakich podstaw dla przypuszczenia, że dwa te narządy i pod względem fizyologicznym mogą mieć, jeśli nie wspólne, to przynajmniej powinowate zadania, że mogą uzupełniać się nawzajem. Pośrednio przemawiałyby za tem spostrzeżenia sekcyjne Bournevillea[1]), wykazujące nader częsty brak grasicy w zwłokach dzieci, umysłowo czy psychicznie niedokształconych. Przypomina to żywo stosunek, jaki zachodzi między zwyrodnieniem lub zanikiem gruczołu tarczykowego, a matołectwem, względnie obrzękiem śluzakowym. Treupel[2]) wprost nawet stwierdził, że u psa wywołać można przez wycięcie grasicy napady kurczów mięśniowych, które ustępują po podaniu tyrojodyny. Bauman wykrył zresztą w grasicy, podobnie jak w gruczole tarczykowym, obecność jodu. Z nowszych publikacyj dwie jeszcze zasługują na uwagę: spostrzeżenia Glucka[3]), z tych jedno, odnoszące się do przypadku, w którym po operacyi wola nastała śmierć chorego, i drugie, w którem po takiejże operacyi wystąpiły objawy ostrej duszności skutkiem ostrego obrzęku grasicy — i sprawozdania sekcyjne Dinklera[4]) podnoszące obrzęk i zwyrodnienie tego gruczołu w dwóch przypadkach choroby Basedowa. Katz[5]) wreszcie stwierdzał obrzęk grasicy stale na zwłokach dzieci, zmarłych na błonicę.

Chcąc się wdawać w wyjaśnianie powyższych spostrzeżeń, przypuszczaćby można, że tak samo, jak w spostrzeżeniach Dinklera, tak i w przypadkach Glucka istniało *a priori* powiększenie grasicy, że gruczoł ten spełniał część zadań, którym gruczoł tarczykowy skutkiem zwyrodnienia podołać już nie mógł, że po jego usunięciu wzrosły wymagania — stąd obrzęk. Jeśli do tego dodamy jeszcze, co podnosi Gluck, że grasicę nader często napotkać można w zwłokach, okazujących powiększenie gruczołu tarczykowego, że Hofmeister[6]) spotykał u zwierząt, pozbawionych gruczołu tarczykowego, jako stałe następstwo powiększenie grasicy, to nader łatwo można przyjąć, że albo ta sama przyczyna sprowadza powiększenie gruczołu tarczykowego i grasicy, albo też że powiększenie grasicy jest przerostem zastępczym. Powiększenie grasicy w błonicy pojmowaćby można jako wyraz samoochrony, jako dążność ustroju do zobojętniania jadu błoniczego przez zwiększoną czynność powołanych do tego narządów, wśród nich grasicy. Wszakżeż już już Brieger i Wassermann[7]) wykazali, że istota, otrzymana z grasicy, niszczy jad, wytwarzany przez przecinki choleryczne Kocha, a później spotykamy się z usiłowaniami, zmierzającemi do otrzymania z grasicy zwierząt, uodpornionych odpowiednio, środka leczniczego przeciw durowi brzusznemu, usiłowaniami, uzasadnionemi najzupełniej doświadczeniami Pfeifera i Marxa, które wykazały, że w niektórych narządach wytwarzają się w danych warunkach ciała, działające swoiście na pewne zarazki. A skoro tak sprawa stoi, to w powiększeniu grasicy istotnie nie trudno dopatrzeć analogii z pewną postacią powiększenia gruczołu tarczykowego, w tych mianowicie przypadkach, które skłonni jesteśmy uważać jako stan samozatrucia ustroju; mieć tu można na myśli wól nagminny, — według teoryi Eulenburga chorobę Basedowa, powiększenie gruczołu tarczykowego w czasie ciąży, niekiedy w okresie pokwitania.

Wszystko to jeszcze za wątłe podstawy, aby ważyć się na apodyktyczne twierdzenie, że grasica i gruczoł tarczykowy to jakby narządy siostrzane, utrzymywać o nich, że wspólne spełniają czynności, że działać mogą zastępczo; ale w każdym razie mamy przynajmniej jakąś linię wytyczną, która wskazuje kierunek dalszych badań. Że kierunek ten nie jest fałszywy, dowodzi także i klinika od chwili, gdy Mikulicz[8]) w przypuszczeniu fizyologicznego związku dwóch omawianych narządów przedsięwziął pierwsze

[1]) Bourneville: Deut. med. Wochschft. 1900. LB. S. 150.
[2]) Treupel: Münch. med. Wochschft. 1896. N. 38.
[3]) Gluck: Deut. med. Wochschft. 1894. S. 278.
[4]) Dinkler: Münch. med. Wochschft. 1900. N. 21.
[5]) Katz: Deut. med. Wochschft. 1900. LB. S. 150.
[6]) Hofmeister: Fortschritte d. Medicin X. 1892. Ref. Schmidts Jahrb. 239 S. 264.
[7]) Brieger i Wassermann: cyt. według Poehla. Deutsche med. Wochschft. 1892. S. 1128.
[8]) Mikulicz: Berl. klin. Wochschft. 1895, N. 16.

próby lecznicze z grasicą w powiększeniu gruczołu tarczykowego w wolu i w chorobie Basedowa.

Z pośród 11 przypadków wola nastała w 5-ciu tak znaczna poprawa, że rękoczyn, wskazany pierwotnie, okazał się zbytecznym. Pod wpływem podawania surowego gruczołu piersiowego ustąpiła groźna duszność, a obwód szyi zmniejszył się widocznie, co zresztą stwierdzono także i miarą. Jeden z tych przypadków o tyle jest jeszcze ciekawy, że grasica okazała się skuteczniejsza, aniżeli podawany poprzednio gruczoł tarczykowy, który sprowadził raczej pogorszenie objawów, wywołał obraz zatrucia tyroidynowego. Spotrzeżenia Mikulicza sprawdził i potwierdził dwukrotnie Reinbach. Pierwsze sprawozdanie[9]) oparte jest na spostrzeganiu 30-tu, drugie[10]) 45-ciu przypadków. W obu zaznacza autor, że grasica działa dobrze niekiedy nawet wtenczas, gdy gruczoł tarzykowy, względnie jego przetwory, nie skutkują. Działania tak zwanego ubocznego nie dostrzeżono u żadnego z chorych, nie stwierdzono także widocznego wpływu na odżywienie.

W każdym razie bardzo byłyby pożądane dokładne badania przemiany pierwiastków, przynajmniej co do istot azotowych, wobec naturalnego zresztą przypuszczenia, że grasica działaćby mogła w tym kierunku podobnie jak gruczoł tarczykowy. Dotychczas brak ich zupełnie, a jedyna wzmianka literacka pochodzi od Minkowskiego, który w moczu psów, karmionych grasicą, wykrył kwas. zawierający w swym składzie azot i nazwał go kwasem urotynowym. Kwas ten powstaje według Minkowskiego[11]) przez utlenienie ciał nukleinowych, zwłaszcza adeniny[12]).

O skuteczności grasicy w chorobie Basedowa nie można sobie jeszcze wyrobić ostatecznego i stanowczego zdania; tyle tylko zdaje się być pewnem, że nie działa ona szkodliwie, jak to w przeważnej większości sprawozdań stwierdzono o tyroidynie. Mikulicz wspomina wprawdzie o dobrem działaniu w dwóch przypadkach, ale czyni to z łatwemi zresztą do pojęcia zastrzeżeniami. Po nim dodatnie wyniki osiągnęli Todd[13]) i Maude[14]); ten ostatni w długotrwałym i ciężkim przypadku. Mackensie[15]), zestawiając z początkiem roku 1897 ogłoszone w tym kierunku spostrzeżenia, naliczył ich ogółem 15; z tego w 14 miał być wynik korzystny. Jego osobiste doświadczenia wypadły mniej zadowalniająco. Z 20 przypadków, w 7 nie dostrzegł żadnego wpływu, w 13 nastała wprawdzie pewna poprawa stanu ogólnego i zmniejszyły się nieco niektóre objawy choroby Basedowa, ale nie w tym stopniu, aby skutek można było przypisywać działaniu grasicy i upatrywać w niej swoisty środek leczniczy.

Czysto empiryczne były próby, przedsiębrane z grasicą, podobnie jak dawniej z gruczołem tarczykowym, przeciw krzywicy. Polecał ją Mettenheimer, a sprawdzeniem jego wyników zajmowali się Stoelzer i Lissauer[16]) Ostatnie to sprawozdanie opiewa zupełnie niepomyślnie. Kołaczyki z grasicy nie wywierały żadnego wpływu na kostnienie, a nawet działały niekorzystnie na objawy nerwowe, przypominające zjawiska tężyczki, towarzyszącej niekiedy krzywicy. W tym ostatnim kierunku działałby więc gruczoł piersiowy inaczej, aniżeli działa gruczoł tarczykowy.

Nie można wreszcie pomijać zupełnem milczeniem ciekawej, jakkolwiek nieco fantastycznej, teoryi Blondela[17]) o powstawaniu błednicy i opartego na niej leczenia. Teorya ta, w samem założeniu nie nowa, przyjmuje za powód choroby samozatrucie, spowodowane wytworami przemiany pierwiastków. Zadanie niszczenia, względnie zobojętniania tych wytworów spełniać ma w dzieciństwie grasica, później obejmują jej rolę jajniki. Jeśli z chwilą zaniku grasicy jajniki nie są jeszcze dostatecznie rozwinięte, brak w ustroju antytoksyny, a stąd choroba. Jedynem poparciem całego rozumowania Blondela są trzy przypadki błednicy, leczone skutecznie grasicą. Burghart[18]) wszakże, który w dwa lata później próbował tego leczenia w kilku przypadkach błednicy i niedokrwności, nie osiągnął prawie żadnych wyników. (C. d. n.)

II. Z kliniki lekarskiej wojskowo-medycznej Akademii Prof. Pasternackiego (Petersburg).

Samozatrucie ustroju kwasami, jako czynnik etyologiczny w patologii chorób wewnętrznych, ze szczególnem uwzględnieniem mocznicy.

(Badania doświadczalno-kliniczne)

Podał

Dr. med. Witold Eugeniusz Orłowski,

Ordynator kliniki

(Dokończenie).

IV.

Podobny pogląd stwierdzają i inne wskazówki. Przeprowadzając badania nad stanem zasadowości krwi w różnych chorobach, miałem możność przekonać się, że zasadowość osocza, względnie surowicy krwi, zostaje zawsze prawidłowa (W. Orłowski 9). Wyjątek stanowią tylko ciężkie przypadki moczówki cukrowej, charłactwa rakowego, oraz, jak widzieliśmy przed chwilą, i mocznica. Z innych zaś stanów patologicznych znalazłem w ostatnim czasie podobneż obniżenie raz w ciężkim przypadku włóknikowego zapalenia płuc z zejściem śmiertelnem, pomimo tego, że zbadałem dość znaczny liczebnie materyał kliniczny. Jak znaczne jest obniżenie zasadowości krwi w tych chorobach, wykazuje następująca tablica: *(Patrz str. 411)*

Z tej tablicy przekonywamy się, że w niektórych przypadkach nagromadzenie we krwi przetworów kwaśnych było tak znaczne, że zasadowość krwi obniżyła się o 67%, zatem znacznie więcej, niż w spostrzeganych przezemnie

---

[9]) Reinbach: Mittheilungen aus den Grenzgeb. d. Med. u. Chir. Band. I. H. 1.

[10]) Reinbach: Mittheilungen aus den Grenzgeb. d. Med. u. Chir. Band III. H. 2.

[11]) Minkowski: Deutsche med. Wochschft. 1898. VB. S. 78.

[12]) Według poszukiwań Posnera: (Zur Kenntnis organotherapeutischer Präparate. Berl. klin. Wochschft. 1898, Nr. 11), ze wszystkich przetworów, używanych w organoterapii, zawiera grasica największą ilość nukleiny, czego dowodzić ma wybitnie zielone zabarwienie jej istoty, wywołane barwikiem Ehrlicha-Bondi.

[13]) Todd: Brisb. med. Journ. 1896.

[14]) Maude: Centrblt. f. inn. Med. 1896. 1351.

[15]) Mackensie: Ref. Centrblt. f. inn. Med. 1897, S. 567.

[16]) Stoelzer i Lissauer: Ther. Monatshefte 1900, S, 213.

[17]) Blondel: Ref. Centrbl. f. inn. Med. 1897, S. 986.

[18]) Burghart: Deutsche med. Wochschft. 1899, S. 610.

Nazwisko chorego	Rozpoznanie	Dzień badania	% hemoglobiny	Ilość białych ciałek w 1 mlm.³	Liczba czerw. ciałek krwi w 1 mlm.³	Zasadowość krwi w mlgr. NaOH (%)	% obniżenia zasadowości krwi	Uwagi szczególne
B—e	*Tumor duct. choledochi et pancreatis?*	21—22/2	40	24.091	3.370.000	80	67	25/2. Zejście śmiertelne. Sekcya wykazała: *Cancer capit. pancreatis et duodeni.*
F—a	*Cancer ventriculi*	6/2 12/2	42 35	25.000 22.080	3.125.000 2 650 000	80 80	67 67	
B—w	*Cancer cardiae (Strictura oesophagi).*	17—18/2 15/3	60 45	9 115 9.450	3.330.000 3.140 000	160 133	33 44,6	
I—a	*Cancer pylori.*	4/3—5/3 17/3	58 48	5 625 7.200	4 100 000 3.727.000	133 107	44,6 55,4	22/3. Zejście śmiertelne. Sekcya wykazała: *Cancer pylori. Perigastritis circumscripta.*
G—a	*Carcinomatosis gl. mesenter. post canc. uteri*	13—14/[illegible] 28/3	50 47	8.683 9.100	4.421 900 4.022.500	107 107	55.4 55,4	W listopadzie 1899 r. w szpitalu maryjskim operacya *(exstirpatio uteri per vaginam)* z powodu raka macicy
E—w	*Cancer hepatis.*	29—30/3	42	10.476	3 934.400	160	33	
L—w	*Diabetes mellit.*	11/1 23/1 2/2 23/3	72 70 65 58	— 8.927 8.100 6.200	5.100.000 4 440.000 3.720.000 3.715.200	133 93 120 106	44,6 61,25 50 55,4	
S—a	*Diabetes mellitus.*	16/1 26/1 5/2 21/2	65 61 64 60	6.237 6.563 7.200 7.240	4 240.000 3.972 000 3.980.000 3.680.000	200 133 144 120	16,7 44,6 40 50	

przypadkach mocznicy. U żadnego jednak z tych chorych nie było wcale objawów mocznicy. To także stwierdza wyżej wyrażoną myśl, iż nagromadzenie we krwi kwaśnych substancyj w mocznicy, również jak w charłactwie rakowem i cukrzycy, jest zjawiskiem następowem.

Z punktu widzenia zwolenników poglądu v. Jakscha możliwem jednak jest jeszcze jedno przypuszczenie, mianowicie że nieznana nam jeszcze kwaśna substancya wywołuje obraz mocznicy, już będąc we krwi w małej ilości, niedostatecznej jeszcze dla mniej więcej wyraźnego obniżenia zasadowości krwi; następne zaś znaczne obniżenie występuje wskutek nagromadzenia we krwi tej substancyi, również jak i innych przetworów kwaśnych. Podobne przypuszczenie nie ma jednak za sobą żadnych danych; kliniczne zaś spostrzeżenia wprost przemawiają przeciwko niemu. W samej rzeczy powszechnie wiadomo, że leczenie zasadami w tej lub innej postaci jest zupełnie bezskuteczne w mocznicy. Z innej zaś strony pilokarpina, polepszając stan tych chorych, prawie wcale nie wpływa na zasadowość krwi, jak to widzieliśmy wyżej u jednego chorego: to podniesienie się, które dawało się spostrzegać, w zupełności tłómaczy się większem zagęszczeniem krwi wskutek obfitego pocenia się. Jeśli więc istnieje dążność do wprowadzenia mocznicy w zależność od zatrucia ustroju jakimkolwiek przetworem, to należy przypuszczać, że podobna substancya jest pozbawiona własności ciała kwaśnego.

V.

Z tego, co wyżej powiedzieliśmy, wynika, że prawidłowo spostrzeżony fakt gromadzenia się we krwi mocznicowych chorych przetworów kwaśnych, został mylnie pojęty i wytłómaczony. Skutek wzięto za przyczynę. Tego rodzaju mylna ocena faktu stanowi niestety nie jedyną pomyłkę zwolenników teoryi powstawania wielu zjawisk w ustroju na drodze jego samozatrucia kwasami. Owszem, przeciwnie cała ta teorya jest oparta na zbyt kruchych podstawach. W rzeczy samej dla udowodnienia samozatrucia ustroju kwasami zwolennicy jej wymagają stwierdzenia: 1) obniżenia zasadowości krwi; 2) zwiększonej zawartości we krwi i moczu soli amoniakalnych; 3) zwiększonej ilości w moczu ługów sodowego i potasowego; 4) zwiększonego wydzielania się w moczu azotu; 5) zwiększonej ilości w moczu kwasów fosforowego, siarkowego i solnego i podniesienia wskutek tego ogólnej kwasoty moczu; 6) obecności w moczu acetonu, kwasu acetooctowego, β-tlenomaślanego i — nakoniec 7) dodatniego wpływu alkaliów. Myliłby się jednak ten, ktoby sobie wyobrażał, że wszystkie przytoczone punkta są wymagane dla przyjęcia samozatrucia ustroju kwasami. Najwięcej wymagający ze zwolenników omawianej teoryi, v.

Limbeck(12), uważa samozatrucie ustroju kwasami za udowodnione, jeśli mu się uda stwierdzić w moczu zwiększoną ilość soli amoniakalnych, ługów sodowego i potasowego i azotu. Ten skład otrzymał on, badając przemianę materyi przed i po wprowadzeniu zdrowym osobnikom dużych ilości kwasu mlecznego, lub solnego. Uznając słuszność spostrzeżeń v. Limbecka, nie podobna jednak nie zauważyć, że mylnie on oświetlił spostrzegane przez siebie fakty. W samej rzeczy v. Limbeck miał do czynienia wcale nie z zatruciem ustroju kwasami, lecz przeciwnie z prawidłową czynnością narządów, przeznaczeniem których jest chronić ustrój od nagromadzenia się we krwi przetworów kwaśnych. Rolę tych narządów u człowieka spełnia, jak to wykazali Walter(13), Coranda(14), Hallervorden(15), tenże sam v. Limbeck (12) i inni — prawie wyłącznie amoniak i tylko w nieznacznym stopniu nielotne alkalia (KHO; NaOH), — jak utrzymują: Gäthgens(16), Dunlop(17), Biernacki(7), v. Limbeck i inni. Cóż dziwnego, że wprowadzając do ustroju kwasy, v. Limbeck i inni znajdowali podzieloną zawartość amoniaku we krwi i moczu, a także ługów sodowego i potasowego w moczu. Tego należało oczekiwać *a priori*. Że zaś tych objawów istotnie nie można pojmować, jako oznaki zatrucia ustroju kwasami, dowodem jest to, że przy obecności ich badani v. Limbecka nie różnili się pod żadnym względem od osobników zdrowych wtenczas, gdy w doświadczeniach Waltera(13), który doprowadzał zwierzęta do istotnego zatrucia kwasami, występowały groźne objawy, przypominające śpiączkę cukrzycową. Obecność więc 3 objawów, wymaganych przez v. Limbecka, nie daje nam wcale prawa do przyjmowania samozatrucia ustroju kwasami. Wobec tego i usiłowania, aby rozstrzygnąć sprawę o powstawaniu mocznicy drogą samozatrucia kwasami za pomocą określania zawartości amoniaku we krwi [Winterberg(18)] są nieudatne, jako oparte na mylnem tłómaczeniu zjawisk istotnych.

Co do innych objawów, to obniżenie zasadowości krwi, względnie osocza, nie dowodzi jeszcze, jak wykazałem wyżej, zatrucia ustroju kwasami. Obecność w moczu acetonu i kwasu octowego, substancyj względnie mało szkodliwych, jest zjawiskiem następowem, wywołanem przez zaburzenia w przemianie materyi; te bowiem substancye znajdowano w najróżnorodniejszych stanach chorobowych. Tylko obecność kwasu β-tlenomaślanego, być może, jeszcze można wprowadzać w związek z zatruciem ustroju kwasami. W rzeczywistości kwas ten był znajdowany we krwi i moczu prawie wyłącznie w ciężkich przypadkach cukrzycy, osobliwie w śpiączce cukrzycowej. Ilość jego w cukrzycowym moczu może dosięgać znacznych liczb, 20—30 grm., nawet 60 grm. na dzień. Wydzielenie się jego w śpiączce zmniejsza się i nagromadza się on w narządach wewnętrznych i tkankach w ilości, zupełnie wystarczającej do zatrucia zwierząt. Przynajmniej Magnus-Levy(19) znajdował go w narządach u umarłych na śpiączkę cukrzycową w ilości do 100—200 grm,, więc 2—4,5 grm. na kilo wagi. Co prawda Waldvogel(20), prowadząc doświadczenia na królikach, przekonał się, że optycznie czynny kwas β-tlenomaślany, wprowadzony do ustroju, nie wywołuje zatrucia, lecz przechodzi całkowicie w połączenia, bardziej obfitujące w tlen; lecz te ilości, które on wprowadzał, są bardzo niewielkie, o ile sądzić można z doniesienia tymczasowego. Wobec tego doświadczenia jego nie można uważać za rozstrzygające. Przypuszczenie o powstaniu śpiączki cukrzycowej wskutek samozatrucia ustroju kwasami stwierdzają wyniki leczenia jej zasadami (Roget et Balvay 21, Lépine 22, Herzog 23 etc.).

W obecnej więc chwili sprawę samozatrucia kwasami można uznać jedynie przy jednoczesnem stwierdzeniu 2 objawów: 1) wobec znalezienia we krwi i moczu dużych ilości kwasu β-tlenomaślanego; 2) znacznego polepszenia choroby pod wpływem alkaliów. Objawy te dotychczas stwierdzono jedynie w śpiączce cukrzycowej. To daje nam prawo do tłómaczenia jej samozatruciem ustroju kwasami. Co się tyczy zaś innych procesów w ustroju, w którym samozatrucie kwasami podług zwolenników tej teoryi odgrywa rolę pierwszorzędną (mocznica) lub podrzędną (stany gorączkowe, charłactwo) według Jakscha, Müllera(24), Klemperera, Krausa(25); niektóre postacie postacie zaburzeń żołądka i kiszek u niemowląt (szkoła prof. Czerny(26)), to przy wyjaśnieniu ich należy tę teoryę w obecnej chwili zupełnie zarzucić.

Piśmiennictwo. 1) W. Orłowski: Gazeta lekarska 1900, Nr. 22. Przegląd lekarski 1900, Nr. 29. — 2) v. Jaksch: Zeitschr. f. kl. Med. 1887, Bd. 13. — 3) Peiper: Virch. Arch. 1889, Bd. 116. — 4) Limbeck. Arch. f. exp. Path. u. Pharm. Bd. 30. — 5) Hahn, Massen, Nencki i Pawłow: Archiv. biolog. nauk 1892, T. 1. — 6) Löwy: Pflüg Arch. Bd. 58. — 7) Biernacki: Münch. med. Woch. 1896, Nr. 28- 29. — 8) Brandenburg: Zeitsch. f. kl. Med. Bd. 36. — 9) W. Orłowski: Przyczynek do nauki o zasadowości krwi. Przegląd lekarski 1901, Nr. 18. — 10) Abbé: Sitzungsberichte der Gesellsch. f. Med. u. Naturwissensch. in Jena. — 11) Bruner: Centr. f. in. Med. 1898, Nr. 18. — 12) v. Limbeck: Zeitsch. f. kl. Med. Bd. 34. — 13) Walter: Arch. f. exp. Path. u. Pharm. Bd. 7. 1877. — 14) Coranda: *Ibid.* 1880. Bd. 12. — 15) Hallervorden: *Ibid.* Bd 10 u. 12. — 16) Gäthgens: Zeits. f. phys. Chem. Bd. 4. — 17) Dunlop: Journal. of Physiolog. T. 14. — 18) Wintemberg: Zeits. f. kl Med. Bd. 35. — 19) Magnus Levy: Arch. f. exp. Path. u Pharm. Bd. 42. — 20) Waldvogel: Centralbl. f. in. Med. 1898, Nr. 33. — 21) Roget et Balvay: Lyon med. 1890, Nr. 2 (odnośne piśmiennictwo do 1899 r.). — 22) Lépine: *Ibid.* 1897, Nr. 15. — 23) Herzog Berl. kl. Woch. 1899. Nr. 14. — 24) Müller: Cyt. podług Arch. f. Verdauungskr. 1898. — 25) Kraus: Pathol. d. Autointoxication. Lubarsch-Ostertag's Ergebnisse d. allg. path. Morph. u. Phys. d. Mensch u. Thiere. Wiesbaden. 1895. — 26) Szereg prac z kliniki prof. Czernego, zamieszczonych w Centralbl. f. inn. Med. i Arch. f. Kinderheilkunde 1896—1900 roku.

III. Z kliniki i pracowni dermatologicznej Profesora Reissa w Krakowie.

Przyczynek do histologii samoistnego rozlanego zaniku skóry *(atrophia cutis idiopathica diffusa).*

Skreślił

Dr. Franciszek Krzyształowicz.

(Dokończenie).

W końcu mam przed sobą obrazy ostatniego okresu *(Fig. 7)*, który spostrzegany już gołem okiem, za zanikowy uważany być może. Nie sądzę jednak, iżby postacie zmian skóry, spostrzegane w naszym przypadku, były obrazem zaniku końcowego, — sprawy, która dalej postępować nie będzie, a owszem, oglądając je bliżej, przypuszczać należy, że są to dopiero początki zupełnego zaniku.

Skóra nie różniła się wiele w tym okresie końcowym od skóry poprzednio opisanej. Przedewszystkiem zaznaczyć trzeba brak nacieków, chociaż tu i ówdzie jeszcze około

naczyń ilość komórek wrzecionowatych tkanki łącznej była nieco zwiększona; istota klejorodna podobnie zanikająca, jak poprzednio opisałem, a tkanka elastyczna zmieniona tak co do postaci, jak i ilości. Wskazywałem już poprzednio, że włókna elastyczne przebiegają więcej pokręcone, co w tym okresie jeszcze więcej się uwidocznia, — znacznie więcej widać je tylko w postaci odłamków, krótszych lub dłuższych kawałków, szczególnie w środkowych częściach skóry właściwej. W górnych częściach siatka jest utrzymana, ale włókna są drobniejsze, gorzej się barwiące i skąpsze, — a to zmniejszenie ilości włókien widzieć można we wszystkich warstwach skóry. Badanie chemiczno-histologiczne włókien nie daje nigdzie oddziaływania, to też nigdzie nie można mówić o zwyrodnieniu czy istoty klejorodnej, czy włókien elastycznych.

Zdania autorów w tym kierunku nie zupełnie zgadzają się ze sobą, chociaż prawie wszyscy wykazują zanik włókien elastycznych. Buchwald i Touton sądzą, że tkanka elastyczna zanika w mniejszym stopniu, niż inne

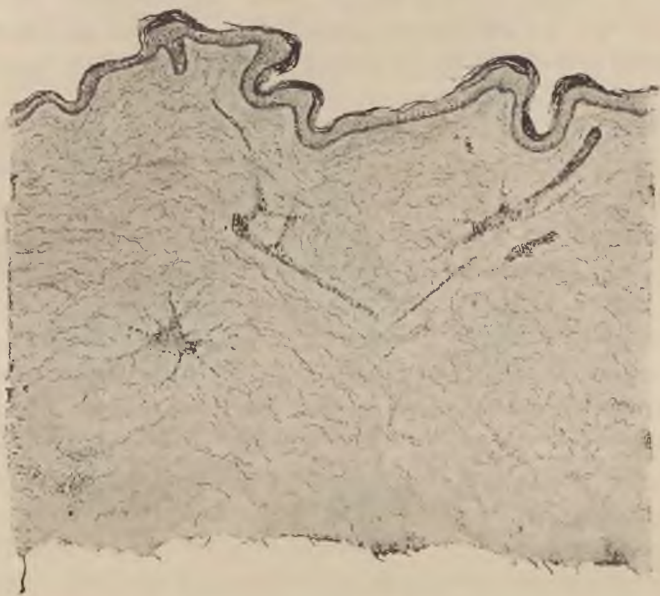


Fig. 7.

tkanki, coby najwięcej się zgadzało z obrazami mikroskopowymi naszego przypadku. Colombini wskazuje jednak w przypadku swoim na zanik włókien elastycznych, które, chociaż cieńsze, gorzej się barwiące lub połamane, zawsze znajdował. Neumann nie stwierdzał tkanki elastycznej tylko tam, gdzie nie było brodawek, lub wśród nacieku. Heller opisuje odniesione wrażenie rzekomego zwiększenia włókien przez zanik wiązek istoty klejorodnej, o czem i w naszym przypadku była mowa. Huber spostrzegał to pozorne zwiększenie w utrzymanych brodawkach, chociaż włókna były cieńsze i słabiej się barwiące; wyraźne zmniejszenie ilości włókien widział tylko wśród nacieków i w środkowej warstwie skóry. Wedle Unny siatka podnaskórkowa tworzy jednostajną warstwę bez wyraźnych włókien, czego wykazać nie mogłem; opisuje on jednak także objawy nieregularnego zaniku włókien, wyraźnie widocznego tylko na pewnych punktach, przyczem określa przebieg włókien w sposób nader cechujący, twierdząc, że robią wrażenie, jakby zatraciły dla siebie punkt oparcia. Zupełny brak włókien elastycznych, czego w naszym przypadku na żadnem miejscu nie było, widział Jadassohn u swojego chorego, stwierdzając tylko, że zanik istniał na pewnych miejscach, nieregularnie ułożonych. Następnie Heuss daje również obraz zupełnego zaniku, który rozpoczyna się według niego około naczyń górnej i środkowej warstwy skóry właściwej, chociaż najdłużej utrzymuje się tkanka elastyczna w warstwie brodawkowej, co obrazy nasze potwierdzićby mogły, gdyż w tych górnych częściach skóry znajdowałem zawsze najlepiej utrzymane włókna.

Zanikające gruczoły i torebki włosowe opisałem już przy poprzednim okresie, jakby przejściowym; — zwracam zatem obecnie tylko uwagę na to, że położenie kłębków po-



Fig. 8.

towych jest najczęściej zupełnie poziome, a gruczoły łojowe są skąpe i małe.

Torebki włosowe są, jak wspomniałem, zazwyczaj cieńsze, skurczone, pokręcone, a włos w nich cienki, zanikający. Ciekawy obraz obraz daje ich ujście, które jest lejkowate i zapełnione masami rogowemi, jakby perłami *(Hornperle)*, które przeszkadzają wydobyciu się włosa na powierzchnię skóry i powodują następowy zanik jego i gruczołu łojowego, który staje się bezczynnym. *(Fig. 8)*. Mięsień gładki występuje wyraźnie wśród krótkich wiązek istoty klejorodnej, zdaje się być raczej przerosłym, niż zanikłym, a w miejscach przyczepu zauważyć tylko można włókna elastyczne mniej liczne, niż w stanie prawidłowym.

Naskórek wreszcie różni się także dość znacznie od okresów poprzednich. Komórki kolczaste nie są uciśnięte, gdyż warstwa zrogowaciała jest cienka, z komórek suchych, blaszkowatych złożona i leży wprost bez warstwy ziarnistej na ścieńczałej warstwie kolczastej, o komórkach nie płaskich i wydłużonych, ale okrągławych, wielobocznych, o barwiących się jądrach. Warstwa podstawowa nie odróżnia się od reszty komórek i zawiera barwik tak obfity, jak w stanie

prawidłowym; nie znajdowałem jednak w tym okresie barwika w skórze właściwej, co widocznem było w okresach poprzednich.

Łatwo teraz z pojedynczych obrazów histologicznych wytłómaczyć i postacie kliniczne. Stan skóry, który nazwaliśmy okresem nacieku, okazuje obok zaczerwienienia z odcieniem sinawym znaczne napięcie. Naciek skóry i rozszerzenie naczyń tłómaczy dostatecznie i barwę i twardość skóry, którą podnosi jeszcze zgrubienie warstwy zrogowaciałej , nadającej skórze wejrzenie szkliste, gładkie i napięte. Wspomniany brak wydzielania potu nawet pod wpływem pilokarpiny wyjaśnia zachowanie się gruczołów potowych w obrazie histologicznym, zgrubienie powierzchownych warstw naskórka, wreszcie brak przewodów potowych w tej ostatniej warstwie.

Drugą postać ciemno zabarwioną i miękką, jakby ścieńczałą, cechuje w obrazie mikroskopowym znaczna ilość barwika nietylko w naskórku, ale i w skórze właściwej, obok pofałdowania zanikających szeregów naskórka i początkowego zaniku podścieliska skóry właściwej. Trzeci okres wreszcie jest obrazem zaniku znaczniejszego stopnia wszystkich tkanek składowych skóry, który może postępować, jak się zdaje, do tego stopnia, że obok zaniku gruczołów i torebek włosowych tak odporna tkanka elastyczna w zupełności ginie.

Histogeneza zatem tego cierpienia zdaje się być jasną; jako pierwszy objaw występuje naciek około naczyń i między wiązkami istoty klejorodnej, a z czasem przychodzi do zaniku pierwiastków tkankowych skóry i jej części dodatkowych. Przedewszystkiem ocenić więc trzeba znaczenie nacieku; nacieki, składające się przeważnie z komórek plazmatycznych, mają cechy sprawy zapalnej przewlekłej. Komórki nacieku grupują się przeważnie w ścianach naczyń, a wrastając w niektórych miejscach w ich światła, sprowadzają ich zarośnięcie zupełne, co nie może być obojętne dla sprawy chorobowej i dalszego przebiegu. To też w okresie późniejszym choroby nacieki coraz są mniejsze, a wytwarza się równorzędnie zanik istoty klejorodnej, tkanki elastycznej i gruczołów, aż w końcu przyjść może do bardzo znacznego zaniku tych tkanek, jako sprawy końcowej, jak to widzimy w przypadkach niektórych autorów. Heuss twierdzi, że zarastaniu świateł naczyniowych nie można przypisywać większego znaczenia, gdyż z jednej strony nie jest to ogólne, a z drugiej objaw ten powtarza się stale we wszystkich sprawach, połączonych z zanikiem. Trudno zgodzić się na podobne rozumowanie; częściowe bowiem, ograniczające się do pewnych tylko naczyń zwężenie i zarośnięcie sprowadza zanik nie ogólny, ale tylko pewnych odcinków skóry, na co wielu autorów, szczególnie Jadassohn i Unna zwracają uwagę; pojawienie się zaś zarośnięcia w sprawach zanikowych przemawiałoby raczej za tem, że te ostatnie są następstwem pierwszego. Przypuszczać zatem można, że jakiś czynnik wywołuje naciek około naczyń, organizujący się i sprowadzający ich zanik, przez co i znaczne upośledzenie w odżywieniu skóry, a tem samem doprowadzić może i do zaniku wszystkich jej składników na pewnych miejscach.

Anatomicznie liczyć się musimy jeszcze z jednym znalezionym szczegółem; t. j. z początkowem zgrubieniem warstwy zrogowaciałej, którego przyczyny trudno na razie dociec, które atoli musi mieć wpływ i na warstwy głębsze. Widzimy zatem głębsze warstwy naskórka uciśnięte i w rozwoju upośledzone; ujścia gruczołów potowych odnaleźć trudno w zgrubiałej warstwie, włos nie może się przez nią przedostać, co nie pozostaje bez zmian następowych w torebce włosowej i gruczole łojowym. Nie chcę twierdzić, że zgrubienie warstw zrogowaciałych *(hyperkeratosis)*, tak wybitne, jak w tem cierpieniu, powstało w następstwie nacieków, upośledzających odżywienie tkanek w całej grubości skóry przez rozrost w około naczyń, pragnę jednak zwrócić uwagę na ten szczegół, istniejący właśnie w okresie nacieku, co nie może być bez znaczenia dla rozwoju sprawy chorobowej.

Huber twierdzi, że nacieki, powstałe w skórze właściwej, uciskają z jednej strony na tkankę elastyczną, z drugiej na tkankę łączną i części dodatkowe skóry, przez co sprowadzają zanik. Gdyby tak było, zanik nawet zupełny następowałby w miejscach nacieku istniejącego, lub tkanki po nim pozostałej i w jej najbliższem otoczeniu, a nie zajmowałby pojedynczych odcinków skóry na pewnych miejscach.

Z obrazu histologicznego zatem przekonaliśmy się, że w tej sprawie chorobowej mamy do czynienia ze sprawą zapalną przewlekłą, której przyczyny, jak dotąd, nie znamy. Największa liczba autorów, jak Pospelow, Jadassohn, Neumann, Huber i Bechert, uważa za przyczynę jakąś nieznaną zmianę nerwów odżywczych, a z tych tylko Neumann nazywa tę sprawę zapalną, od zmian nerwowych zależną. W ten sam sposób przypuścićby można jakąś sprawę zakaźną, lub powstałą z przyczyn wewnętrznych, bo żaden z autorów zmian w nerwach obwodowych lub ośrodkach nerwowych w swoim przypadku nie wykazał. Wydaje mi się zatem słuszniejszem wskazać tylko na widoczną w obrazie mikroskopowym sprawę zapalną przewlekłą, nie mówiąc o przyczynie, która jest dotąd całkiem ciemną, bo ani przebieg kliniczny, ani badania anatomiczne sprawy tej nie wyjaśniają. Nawet porównanie obrazu klinicznego lub obrazów mikroskopowych liszaja rumieniowego *(lupus erythematosus, ulerythema centrifugum)*, choroby, najwięcej z tą sprawą patologiczną pokrewnej, nie daje nam żadnych wskazówek, bo i to ostatnie cierpienie ma nieznaną etyologię, mimo twierdzeń autorów francuzkich, uważających je za gruźlicę skóry.

Po dokładnej zatem rozwadze obrazu klinicznego, jak i obrazów histologicznych wszystkich przypadków podobnych, dotąd ogłoszonych, jak i naszego, mimowoli nasuwa się wątpliwość co do samoistności tej postaci zaniku. Histologicznie, a nawet klinicznie wykazać się daje sprawa zapalna przewlekła, która prawdopodobnie przez swoje umiejscowienie, jak to widać w preparatach mikroskopowych, następowo dopiero sprowadza zanik tkanek. Przy sprawach histologicznie zbliżonych do tego cierpienia, jak np. przy liszaju żrącym, rumieniowym, kile, spostrzegamy także zanik skóry, nazywamy go jednak „następowym“; przy tej zaś sprawie chorobowej, którą powyżej opisałem, a w której objawy zapalne są widoczne, ale powstałe z nieznanej nam przyczyny, musimy zachować na razie nazwę zaniku „samoistnego“ skóry, aż do czasu, w którym etyologia sprawy zapalnej nie będzie jasną.

W końcu składam gorące podziękowanie WP. Prof. W. Reissowi za oddanie mi powyższego przypadku do opracowania i za cenne wskazówki w pracy.

Piśmiennictwo: Bechert: Ueber e. Fall diffuser idiopath. Hautatrophie (Arch. f. D. u. S. 1900. LIII). — Breda: Contributo all'atrophia idiopat. della pelle. (Festsch. f. Kaposi. 1900). — Bronson: Atrophia cutis idiopathica. (Pos. Tow. derm. N York. 1885) — Buchwald: Ein Fall v. diff. idiopath. Hautatrophie. (Arch. f. D. 1883. XV). — Colombini: Klinische u. histologische Untersuchungen über e. Fall v. Atrophia idiopath. (Monsh. f pr. D. XXVIII. 2). — Elliot: Ein Fall v. idiopath Atrophie d. Haut. (Jour. of cut. and. g. u. 1895). — Fordyce: Symmetrische Atrophie d. Haut (Arch. f. D. S. XLVI). Grön: Diffuse idiopath. Hautatrophie. (Norsk Mag f. Laegevid, 1891). — Heller: Ueber d. idiopath. Hautatrophie. (Fests. f. Neumann. 1900) — Huber: Ueber Atrophia idiopath diff. progressiva cutis im Gegensatze zur seniler Atrophie. (Arch. f. D u. S. 1900. LII). — Jadassohn: Ueber eine eigenartige Form v. Atrophia maculosa cutis (Arch. f D. u. S. 1892. XXIV. Ergh.). Jordan: Ein Fall v. diff. seniler Atrophie u. Hyperpigmentose der Haut. (Monsh f. pr. D. XXV). — Kolaczek: Ein merkwürdiger Fall circumscripter Hautatrophie. (Arch. f. D 1876). Metscherski: Atrophia cutis idiopathica et sclerodermia (Towarz. w Moskwie 1899). — Nielsen: Atrophodermia erythematosa mit excentrischer Verbreitung. (Tow. derm. duńskie 1899). — Nikulin: Atrophia cutis idiopath. (Tow. derm. w Moskwie 1897). Neumann: Ueber e. seltene Form v. Atrophie d. Haut. (Arch. f. D. u. S. 1898. XLIV). — Ohmann Dumesnil: Ueber e. ungewöhnlichen Fall v. Atrophie d. Haut. (Monash. f. pr. D. 1890). — Pospelow: 1) Cas d'une atrophie idiopath. d. l. peau. (Ann. d. D. e. S. 1886). — 2) Fälle idiopath. Hautatrophie. (Med. Obosrenije. 1887). — 3) Atrophia cutis maculosa. (Tow. derm w Moskwie 1899). — Riedel: Idiopath. progress. Hautatrophie. (Arch. f D. u. S. XLVIII). — Rille: Atrophia cutis idiopathica. (Wien. derm. Gesel. 1898). — Schütz: Erythromelalgie und Hautatrophie. (Derm. Ztsch. 1899). — Shepherd: Atrophia maculosa et striata im Gefolge v. Ileotyphus. (Amer. Derm. Assoc. 1890) — Taylor: Ein Fall v. circumscripter idiopath. Atrophie d. Haut. (Journ. cut. and gen. ur. 1893). — Touton: Ueber einen Fall v. erworbener idiopath. Atrophie d. Haut. (Deut. m. Woch. 1886). — Unna: Ein Fall v. idiopath. diff. progress. Hautatrophie. (Fests. f. Neumann). — Zinsser: Ein Fall v symmetrischer Atrophie d. Haut. (Ach. f. D. u. S. 1894. XXVIII).

IV. Wyciągi.

Quadflieg. **Przyczynek do kazuistyki pachwinowych przepuklin jajnikowych.** (*Münchener med. Wochenschrift* 1901, Nr. 20). Jajnik, jako treść przepukliny, zdarza się częściej w przepuklinach pachwinowych, niż w udowych. W wielu przypadkach mamy do czynienia z przepukliną wrodzoną; na myśl tę naprowadza fakt, że przepukliny te są często obustronne. Rozpoznanie jest trudne. Na 36 przypadków, które podaje Englisch, była 27 razy przepuklina pachwinowa, a tylko 9 razy udowa. Autor opisuje trzy przypadki przepukliny pachwinowej, zawierającej jajnik. Dwa razy dotyczyło to dzieci, a raz osoby dorosłej. Tylko w jednym przypadku przypuszczał, że ma do czynienia z jajnikiem, ale tylko dlatego, że miał niedawno przypadek podobny. *Dr. Teofil Zalewski.*

Schenk. **Przebicie macicy zapomocą przyrządów.** (*Münch. med. Wochens.* Nr. 22). Przytaczając ogłoszone przypadki przebicia macicy przy sondowaniu, zwraca Sch. uwagę na możliwość wprowadzenia zgłębnika do trąbki, co może przedstawić się, jako przebicie macicy. Autor, przepłókując macicę przed skrobanką $^1/_{1000}$ rozczynem sublimatu, nagle spostrzegł, że maciczny cewnik wpadł na głębokość 20 ctm.; usunięto więc natychmiast cewnik i badano dwukrotnie jamę macicy zgłębnikiem; w obu razach wchodził zgłębnik na głębokość 20 ctm. Ponieważ wkrótce potem wystąpił zapad, przeto, przypuszczając przebicie macicy, wykonano laparotomię, przy której znaleziono ścianę macicy nader kruchą, w trzech miejscach przedziurawioną. Po zoszyciu otworów przyszyto macicę do tylnej ściany pęcherza. W trzecim dniu wystąpiły objawy zatrucia rtęcią, które jednak nie sprowadziły zejścia śmiertelnego. *P.*

Fuchs. **Doświadczenia kliniczne nad waporyzacyą macicy.** (*Münch. med. Wochens.* Nr. 22). W klinice ginekologicznej w Kilonii stosuje się waporazycyę zawsze w uśpieniu chloroformowem. Przewód szyi naprzód zawsze rozszerzają, następnie wykonują skrobanie błony śluzowej macicy, poczem przestrzykują jamę macicy $1^1/_2{}^0/_0$-wym rozczynem karbolu, resztkę płynu wyciągają z jamy i dopiero stosują waporyzacyę. Jeżeli przyjmiemy, że jama macicy ma ciepłotę 38°, to para 118—119°, dostając się do jej wnętrza, podnosi ciepłotę już po 30-tu sekundach na 98·5° C., po dalszych 30 sekundach na 100° 25 C., a więc utrata ciepła przez drogę jest 20. Działanie pary polega na spaleniu pierwszego lub drugiego stopnia; wystarczy do tego, jeżeli wysoka ciepłota (115—120°) zadziała przez 20—30 sekund; wtedy zniszczoną będzie tylko warstwa powierzchowna, a warstwy głębsze nie będą naruszone. Rurkę ochronną należy wprowadzać nie głębiej, jak na 1 ctm. ponad ujście wewnętrzne; przy głębszem wprowadzeniu macica oblega rurkę i przeszkadza działaniu pary. Waporyzacyę poleca Fuchs w zmianach rzeżączkowych błony śluzowej macicy; dalej w krwawieniach z błony śluzowej macicy, ale tylko u osób starszych; przy guzach jamy macicznej, n. p. polipach, włókniakach i t. p., tylko w tych przypadkach, gdzie nie można wykonać operacyi doszczętnej. Przy nowotworach złośliwych, szczególniej przy raku, daje Fuchs pierwszeństwo paquelinizacyi, bo sposób ten działa pewniej i mocniej. Jako jedynie skuteczną uważa F. waporyzacyę przy zmianach klimakterycznych. *P.*

Heine: **Przypadek krwotoku z tętnicy dogłowowej wewnętrznej wskutek żółciołojaka** (*cholesteatoma*). (*Berliner klinische Wochenschrift* 1001, Nr. 23). Autor opisuje przypadek, w którym dwukrotnie operowano z powodu żółciołojaka w uchu środkowem po stronie prawej. Zniszczenie kości było bardzo rozległe tak, że przy drugiej operacyi wyjęto część przedniej ściany jamy bębenkowej i otworzono błędnik. Przy jednym z opatrunków wystąpił silny krwotok, który nie zmniejszył się po uciśnięciu tętnicy dogłowowej. Sądzono, że krwotok pochodzi z żyły jarzmowej wewnętrznej. Krwotok powtórzył się dwa razy przy następnych opatrunkach, zawsze jednak zatamował się po silnem wytamponowaniu rany. Chory umarł na ropnicę. Sekcya stwierdziła przedziurawienie tętnicy dogłowowej wewnętrznej w miejscu przejścia jej z kierunku pionowego w poziomy. Na kości skalistej stwierdzono rozległe zniszczenia, które sięgały aż do otworu słuchowego wewnętrznego. Prócz tego znaleziono zapalenie opon, ograniczone do płatu potylicznego prawego. W samym płacie potylicznym po stronie prawej stwierdzono trzy ropnie wielkości od ziarnka grochu do orzecha włoskiego; prócz tego znaleziono ropień wielkości grochu w przysadce mózgowej *(hypophysis cerebri)*, a w zatoce poprzecznej prawej — zakrzep. *Dr. Teofil Zalewski.*

Grossmann. **Przypadek tętnienia blizny bębenkowej.** (*Berl. klin. Wochs.* 1901, Nr. 24). Autor opisuje przypadek, w którym zauważył tętnienie w bliznie bębenkowej u kobiety 33-letniej, która z powodu upośledzenia słuchu przybyła do kliniki usznej w Berlinie. Tętnienie to objawiało się w ten sposób, że blizna wypukłała się i zapadała. Autor zauważył, że tętnienie to jest arytmiczne. Zjawisko to zwróciło jego uwagę na układ krążenia. Badanie serca wykazało rozszerzenie i niedomykalność zastawki dwudzielnej. Jako przyczynę zmian w sercu przyjęto wól, wielkości jaja kurzego, który miał uciskać na tętnicę dogłowową. Badanie dna oka po tej stronie wykazało lekkie przekrwienie i rozszerzenie naczyń. Autor przyjmuje, że i w jamie bębenkowej nastąpiło przekrwienie i rozszerzenie naczyń, i że tętnienie tych rozszerzonych naczyń udzielało się powietrzu jamy bębenkowej, względnie bliznie. Zjawisko to nie występowało zawsze. Chora żadnych szumów nie doświadczała w tem uchu. *Dr. Teofil Zalewski.*

L. v. Stubenrauch. **O martwicy (nekrozie) fosforowej.** (*Samml. klin. Vortr. h. v. R. v. Volkmann.* N. F. Nr. 303). Skutkiem trwającego dłuższy czas wdychiwania pary fosforu białego, który za pośrednictwem krążenia płucnego dostaje się do ogólnego krwiobiegu, następują charakterystyczne zmiany w całym układzie kostnym, a więc i w żuchwach. Zmiany te polegają, jak wiadomo, na jednostajnem zagęszczeniu kości *(sclerosis)*, połączonem ze zwężeniem jamy szpikowej. Skutkiem zakażenia następowego, — które najłatwiej nastąpić może w żuchwie dzięki zębom, (pruchnica, ropotok zębodołowy) — występują dopiero dalsze zmiany, teraz już dwojakie: mianowicie 1) obumieranie i przebiegające równolegle z martwicą tkanki kostnej jej wessanie, podczas gdy 2) podrażniona sprawą zakaźną okostna wytwarza nową tkankę: wyrośle kostne (osteofity), — które razem tworzą trumienkę, obejmującą obumarłą, sklerotyczną, ale jnż ulegającą rozrzedzeniu żuchwę. A zatem nazwa „martwica (nekroza) fosforowa“, wcale nie odpowiada rzeczywistości, — bo fosfor w niczem nie przyczynia się do jej powstania. Sprawy tej, typowej u ludzi, nie zdołano wywołać doświadczalnie. *Herman.*

Merkens. **O powikłaniach wewnątrzczaszkowych w przypadkach ropienia ucha środkowego.** (*Deutsche Zeitschrift f. Chirurgie* Tom 59, Zeszyt 1 i 2). W przypadkach zapalenia opon mózgowych, które wikłają ropienia ucha środkowego, leczenie chirurgiczne nie ma wielkich widoków powodzenia; o wiele za to większe ma widoki w przypadkach ropnia mózgowego. Ważną dlatego jest rzeczą zrobić dokładne rozpoznanie, czy mamy do czynienia z zapaleniem opon mózgowych, czy też z ropniem mózgu. Za zapaleniem opon przemawia wysoka gorączka, przyspieszenie tętna, szybki przebieg i zmienność objawów; nadto występują objawy podrażnienia układu mięśniowego i nerwowego, co w sferze psychicznej objawia się niepokojem. W przypadkach ropnia mózgowego mamy ciepłotę prawie prawidłową i zwolnienie tętna; nadto wystę-

pują objawy porażenne, które w sferze psychicznej objawiają się apatyą. Przebieg ropnia mózgowego jest powolny i nie ma tej zmienności objawów, jaką widzimy w przypadkach zapalenia opon mózgowych. Najważniejszym objawem ropnia mózgowego jest wystąpienie zaburzeń ruchowych, a dla lewostronnych ropni płatów skroniowych, wystąpienie charakterystycznych zaburzeń mowy: mianowicie wystąpienie niemoty słuchowej, — chory słyszy, ale nie rozumie, co się do niego mówi; niemoty ruchowej, — według autora, dotąd nie spostrzegano. Zmiany na dnie oka nie mają, według autora, wielkiego znaczenia rozpoznawczego; także i co do nakłócia lędźwiowego zdania są podzielone. Trudności rozpoznawcze powstają, jeżeli mamy do czynienia z kombinacyą obydwóch chorób. Nadmienić wypada, że wyżej opisane zaburzenia mowy nieraz są pierwszym objawem ropnia mózgu w płacie skroniowym. Trudnem jest rozpoznanie ropni, usadowionych między kością a oponą twardą, lub między oponą a mózgiem. Ułatwia nieraz rozpoznanie obecność przetok, prowadzących do ogniska ropnego. Ropnie te są właściwie przejściem między ropniem mózgowym, a zapaleniem opon mózgowych. Dlatego też i objawy są tego rodzaju, że nieraz możemy się wahać, z czem mamy do czynienia, czy z zapaleniem opon, czy też z ropniem mózgowym. Są przypadki, gdzie ropnie tego ostatniego rodzaju wywoływały zaburzenia mowy tegosamego rodzaju, co i ropnie mózgowe. Przyczyną wystąpienia tych zaburzeń jest zapalenie samej kory mózgowej; zapalenie to co do swego pochodzenia jest podobne do zapaleń, jakie spotyka się w okolicy ropni na innych częściach ciała.

We wszystkich tych przypadkach, gdzie mamy do czynienia z nagromadzeniem się ropy, czy to w mózgu, czy to na kości lub oponach, wskazanem jest ropień otworzyć. Trudniej się zdecydować na zabieg operacyjny w przypadkach zapalenia opon, choć i tutaj odsłonięcie opon dało już nieraz dobry wynik.

Dr. Teofil Zalewski.

Prof. Czerny (Wrocław). **Zasady, zmierzające do ograniczenia pojęcia „zołzów" (scrophulosis).** (*Zeitschrift für Tuberkulose und Heilstättenwesen*, Tom II. Zeszyt 3, 1901). Obecnie jest już rzeczą dowiedzioną, że obrzękłe gruczoły chłonne na szyi, zniekształcające nierzadko cały wyraz twarzy u dzieci lub starszych, są prawie zawsze dotknięte gruźlicą, wobec czego byłoby na miejscu, by miano zołzy (*scrophulosis*) albo zupełnie usunąć, albo też oznaczyć niem pewną postać gruźlicy, podobnie jak toczeń określa postać gruźlicy skóry. Gruźlicą więc należałoby nazwać te wszystkie stany chorobowe, które bądź zapomocą badań bakteryologicznych, bądź histologicznych jako gruźlicze stwierdzone zostały; — zołzami zaś nazywa autor tę nieprawidłowość ustroju u dzieci, którą na razie tylko klinicznie (nie anatomopatologicznie) z całego szeregu ścisłych objawów chorobowych rozpoznać można. Do tych cech należą: ogniopiór, pojawiający się na policzkach już w pierwszych miesiącach życia w kształcie ostro odgraniczonego i swędzącego wyprysku, a znikający w ciągu drugiego roku życia. Etyologia tej zmiany skóry dotychczas niewyjaśniona. — charakterystycznem jest w każdym razie, że ogniopiór występuje daleko częściej u dzieci dobrze zbudowanych i o świetnem wejrzeniu. Dalszymi niemniej wczesnymi a typowymi objawami zołzów są świerzbiączka (*prurigo*), wikłająca się często z poprzedniem cierpieniem skórnem, nadto przerost migdałków i ogólna bladość powłok skórnych, pomimo że badanie krwi nie stwierdza nic nieprawidłowego. *Dr, Henryk Pisek.*

Sokołowski (Warszawa). **Dane statystyczne, odnoszące się do czynników, powodujących gruźlicę płuc. (Dziedziczność, nadużywanie napojów wyskokowych, zapalenie opłucny, kiła).** (*Zeitschrift für Tuberkulose und Heilstättenwesen*, Tom II, Zeszyt 3, 1901).

Dziedziczność. Poglądy o dziedziczności gruźlicy płucnej tak dalece się zakorzeniły, że samą dziedziczność stawia się poniekąd na równi z gruźlicą, dopiero w ostatnich czasach (Koch) sprawa ta o tyle się zmieniła, że w rozwoju gruźlicy płuc przypisuje się rolę zakażeniu, a dziedziczność jest tylko czynnikiem ubocznym, przysposabiającym grunt dla gruźlicy skutkiem zmniejszonej odporności tkanek. Spostrzeżenia autora, zasadzające się na obfitym bardzo materyale, bo na 8074 chorych, stwierdziły, że dziedziczna skłonność do gruźlicy jest tylko bodźcem, który przyczynia się jedynie do szybkiego rozwoju gruźlicy płuc (zwłaszcza u osób młodych), nie dającym się wcale lub bardzo trudno usunąć, nawet najodpowiedniejszym sposobem leczenia. Tę postać gruźlicy nazwał Sokołowski ustrojową (konstytucyonalną), znamionującą się nadto następującemi cechami: małe serce (teorya Brehmera), ogólnie wązki układ naczyń krwionośnych (teorya Beneckego), wązka klatka piersiowa (Kwiatkowski) i niedostateczna ruchomość szczytów płucnych. Z nader starannie zestawionych liczb statystycznych wynika również, że *a)* stopa odsetkowa dziedzicznej gruźlicy płuc, (która wogóle każe gorzej rokować, niż nabyta), nie jest znów tak wielką, jak to powszechnie przyjmują; *b)* przeważająca liczba (75%) chorych odnosi się do gruźlicy nabytej, w której można osiągnąć trwałe, albo dłużej lub krócej trwające polepszenie.

Zapalenie opłucnej. Już w r. 1882 wypowiedział Landouzy (Paryż) zdanie, że każde zapalenie opłucnej, powstałe skutkiem przeziębienia, jest pochodzenia gruźliczego, i że w przeważającej liczbie przypadków prowadzi do gruźlicy płuc. Statystyka autora wykazuje w tym względzie tylko 3% przypadków rozwoju gruźlicy płuc na tle zapalenia opłucnej, wobec czego trudno się zgodzić na twierdzenie Landouzego, — co zresztą już Sokołowski w roku 1897 wykazał.

Nadużywanie trunków wyskokowych, prowadzące stopniowo do coraz większego upadku moralnych i materyalnych warunków życiowych u poszczególnych osobników, a podkopujące skutkiem tego odżywienie ustroju, przyczynia się w wielkim stopniu do gruźliczego zakażenia. I z tej też strony należy się zapatrywać na rolę, jaką wyskok odgrywa w etyologii gruźlicy.

Kiła sama przez się zarówno, jak i wycieńczające leczenie swoiste, zdołają tak dalece zniszczyć ustrój, że bardzo łatwo może uledz zakażeniu gruźliczemu, znamionującemu się w takich przypadkach szybkim a ciężkim przebiegiem. Z drugiej znów strony zaznaczyć należy, że takie przypadki nie wydarzają się zbyt często, albowiem, jak statystyka autora wykazuje, w niespełna 3%.

Dr. Henryk Pisek.

M. Schmidt. **O hyperemesis lactantium itd.** (*Archiv f. klin. Chir.* T. 63, Z. 4). Cierpienie to, cechujące się uporczywemi wymiotami osesków, które w końcu prowadzą do zupełnego wyniszczenia, różnie bywa tłómaczone. Jedni, jak Löbker i Kehr, sądzą, że przyczyna jest anatomiczna, że się ma do czynienia z rzeczywistą cieśnią odźwiernika; inni, a zwłaszcza Escherich i jego szkoła, twierdzą, że jest to cierpienie czynnościowe, wywołane stałym skurczem odźwiernika. Do zapatrywania tego skłania się i autor. Za przykładem Nikolla, wykonał w jednym takim przypadku operacyę Lorety (nacięcie żołądka i rozszerzenie od wewnątrz odźwiernika kleszczykami i zgłębnikami), i, jak Nikoll, osiągnął S. jak najlepszy wynik. *Ex juvantibus* wnosi tedy autor, że przyczyną cierpienia jest skurcz zwieracza odźwiernika, objaw analogiczny do skurczu mięśnia sromu (m. cunni, przy pochwicy (*vaginismus*), lub m. zwieracza rzyci przy szczelinach, którego tłem anatomicznem może być jakaś nadżerka na błonie śluzowej w odźwierniku; konsekwentnie też uważa Schmidt doraźne rozszerzenie odźwiernika za jedynie odpowiedni sposób leczenia chirurgicznego, gdy zawiedzie systematyczne przeprowadzone leczenie wewnętrzne. *Herman.*

Docent E. Payr. **O operacyach zachowawczych na jądrze i przyjądrzu.** (*Archiv f. klin. Chir.* T. 63, Z. 4). U chorego, który już jedno jądro utracił skutkiem ostrego zapalenia, wystąpiło zapalenie w jądrze drugiem i to tak gwałtowne, że, by życie ocalić, musiano przystąpić do operacyi. Po odsłonięciu jądra, stwierdził P., że przyjądrze jest zupełnie niezmienione; — chcąc jednak koniecznie jądro ocalić, przeciął go wzdłuż. Ropy nie znalazł, — wylało się tylko z powierzchni rozkroju nieco płynu surowiczego, mętnego, w którym znaleziono gronkowca; — gonokoków nie było. Jądro zeszył napowrót. Bezpośrednio po operacyi bóle ustały, gorączka ustąpiła, a rana zagoiła się przez rychłozrost. W dwa lata po operacyi stwierdził P., że jądro wcale nie zanikło i wydzielało nasienie z żywymi plemnikami. Podobnie oszczędzająco postępuje P. wobec pewnych spraw zapalnych w przyjądrzu, pozostających po przebytem zapaleniu rzeżączkowem. Odsłania przyjądrze, nacina ognisko i wyskrobuje zropiałe, zagęszczone ognisko ropne. Zaleca cięcia poprzeczne. *Herman.*

V. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie zwyczajne w dniu 5 czerwca 1901 r.

Przewodniczący kol. prof. Kostanecki.

I. Protokół z poprzedniego posiedzenia odczytano i przyjęto.

II. Przewodniczący zawiadamia o śmierci ś. p. kolegi Dra Tomasza Drobnika, zmarłego w dniu 22 maja b. r. i w gorących słowach podnosi Jego zasługi, wyrażając żal, że przedwcześnie dla nauki polskiej i społeczeństwa zeszedł do grobu. Dalej zawiadamia, że wysłał telegram do Towarzystwa przyjaciół nauk w Poznaniu, którego członkiem był zmarły, z wyrazami serdecznego współczucia.

Obecni stojąc wysłuchali przemówienia.

III. Dalej zawiadamia przewodniczący o udziale delegatów Towarzystwa lekarskiego w Zjeździe lekarzy i przyrodników czeskich w Pradze.

Przyjęto do wiadomości.

IV. Kol. Kędzior przedstawił chorą z rozpoznaniem klinicznem *Cholangitis chronica*, leczoną wielkiemi dawkami oliwy stołowej, która ma działać żółciopędnie, z wynikiem zadowalniającym (przeznaczone do druku). W dyskusyi Kol. Hirsch jest za podawaniem oliwy w tych przypadkach i to nie tylko *per os* ale i *per rectum* i omawia przypadek z własnej praktyki, leczony oliwą, który jednak skończył się zejściem śmiertelnem.

V. Dalej przedstawił Kol. Kędzior dwa przypadki ciężkiej padaczki u kobiety i ucznia, liczących po lat 19. U obu tych chorych choroba trwa od przeszło 2 lat, z napadami co 2—3 dni, a czasami nawet kilka napadów dziennie. Leczenie bromem z początku zmniejszało liczbę napadów, później jednak poczęły się pojawiać częściej i o większem nasileniu, co skłoniło do zastosowania sposobu Flechsiga, zmodyfikowanego przez Ziehena, mianowicie podawano makowiec od 0.15 do 0.90 *pro die*, stosując równocześnie kąpiele od 24—17° R. przez 10—3 minut, a na wewnątrz podając kwas solny w rozczynie 1.5 grm., na 200 wody, 3 łyżki dziennie. W 52-gim dniu leczenia podano 6 grm. następnie 7 i 8 grm. *pro die* mięszanki bromowej. Po miesiącu musiano zmiejszyć dawkę bromu do 3 grm. dziennie z powodu wystąpienia objawów zatrucia. W czasie podawania makowca liczba napadów nie zmniejszyła się wcale; z chwilą podania bromu napady ustąpiły przeszło na miesiąc, poczem zaczęły się pojawiać mniej więcej raz na tydzień, znacznie słabsze od poprzednich. Władze umysłowe u obydwu chorych poprawiły się, usposobienie stało się weselsze, a chora pozbyła się astazyi i abazyi, jaką okazywała w chwili przyjęcia do kliniki.

Sposób ten można polecić w przypadkach ciężkiej padaczki, gdy samo leczenie bromem nie przynosi dostatecznej poprawy. W czasie leczenia winno się pilnie zwracać uwagę na zachowanie się ciężaru ciała, tętno, liczbę oddechów, siły i na przewód pokarmowy (*streszczenie własne*).

Kol. Buzdygan jest wielkim zwolennikiem podawania bromu w dużej ilości w czasie, gdy napady coraz częściej się pojawiają; również po napadzie należy, zdaniem jego, podawać brom w dużej ilości; objawów ubocznych nie spostrzegał w swej praktyce. Brom należy podawać później, gdy napady stają się coraz rzadsze, całemi latami; choć wtedy wystarczy podawać go już w ilości małej. Opisuje przypadek z własnej praktyki, leczony tym sposobem z wynikiem względnie pomyślnym; przez 3 lata chora była wolną od napadów.

Kol. Surzycki z własnego doświadczenia na chorych miał sposobność przekonać się o skuteczności leczenia metodą Flechsiga.

W odpowiedzi koledze Buzdyganowi kol. Kędzior zaznacza, że tam, gdzie napady są rzadsze, niepodawałby tak długo bromu. Kol. Surzyckiemu odpowiada prelegent, że według jego doświadczenia korzystny wynik leczenia trzeba przypisywać raczej bromowi, niż makowcowi; makowiec nie wywiera tak korzystnego wpływu, jak to inni opisują.

VI. Kol. Dr Kwiatkowski demonstrował dwa przypadki chorobowe: 1) typowy przypadek wiądu rdzenia pacierzowego, u którego nadzwyczaj obrazowo spostrzegać można było opisane przez Babińskiego charakterystyczne 3 okresy ruchowe, występujące podczas podnoszenia się chorego z położenia leżącego w siedzące, jak również wybitne i bardzo znaczne opóźnienie w przewodnictwie czuciowem, którego krzywą, wykreśloną przez kol. Zanietowskiego młodszego, zapomocą przyrządu jego własnego i Exnera pomysłu, równocześnie przedstawił;

2) Białaczkę u mężczyzny z niezwykle dużą śledzioną, wciskającą się niemal w miednicę małą i preparaty krwi, wszystkie robione przez kol. Wilczyńskiego, z trzech odrębnych postaci białaczek, spostrzeganych w ostatnim czasie w klinice lekarskiej, a mianowicie: dwóch białaczek przewlekłych, jednej tzw. obecnie białaczki szpikowej (*myelaemia*), drugiej gruczołowej (*lymphaemia*) i jednej białaczki gruczołowej ostrej.

Ten ostatni przypadek tzw. białaczki gruczołowej ostrej, dał demonstrującemu sposobność do wyrażenia zdania, opartego na wyniku dokonanej nekroskopii, (nieznacznego tylko stopnia powiększenie gruczołów, zupełnie krwawy szpik kostny) i przedstawionych ze szpiku tego preparatów, zawierających same limfocyty, że najnowsze zapatrywanie, dowodzące wspólnego szpikowego pochodzenia wszystkich postaci białaczek, ma bardzo dużo za sobą prawdopodobieństwa (*streszczenie własne*).

Kol. Ciechanowski nie sądzi, aby przypadek kol. Kwiatkowskiego mógł służyć na poparcie wspomnianej teoryi, ponieważ sam kol. K. podaje, że przy sekcyi prócz zmian w szpiku znaleziono zmiany w gruczołach limfatycznych.

Po odpowiedzi kol. Kwiatkowskiego kol. Ciechanowskiemu, zabrał głos kol. prof. Korczyński i podniósł, że spostrzegał przypadek białaczki ostrej, gdzie gruczoły bardzo nieznacznie się powiększyły, a przy sekcyi stwierdzić można było, że najbardziej powiększone były krezkowe. Cały przebieg za życia odpowiadał ostrej limfemii, śledziona była bardzo mało powiększona, utrzymywał się stan gorączkowy, przy raptownem zmniejszaniu się ciałek czerwonych; największe zaś zmiany były w szpiku kostnym, który był zupełnie krwawy.

Kol. Ciechanowski przeciwstawia temu przypadkowi przypadek limfemii podostrej ze szpitala św. Łazarza, sekcyonowany w Zakładzie anatomii patolog., a który zdawał się raczej całym obrazem anatomicznym i klinicznym potwierdzać zapatrywania Ehrlich-Lazarusa.

VII. Kol. Kędzior przedstawił preparaty z nadnerczy chorego, zmarłego z powodu choroby Addisona, zawierające prątki gruźlicze.

VIII. Kol. Gliński demonstrował mięsaki, usadowione w okolicy dolnej części jelita grubego, szerzące się głównie w obrębie błony podśluzowej i omówił zmiany anatomo-patologiczne i objawy kliniczne za życia zmarłej.

IX. Kol. Ciechanowski przedstawił i omówił preparaty z przypadku pierwotnego ropnia w niewielkim, częściowo zwapniałym gruczolaku gruczołu tarczykowego. Ropień ten przebił wązką przetoką przez torebkę gruczołu, poczem powstała ropówka (*phlegmone*) na szyi, którą operowano. W miesiąc potem, gdy sprawa na szyi zdawała się już być wygojoną, wśród pozornego zdrowia wystąpiła gorączka, bóle głowy, w końcu bezprzytomność. Po 4 dniach zejście śmiertelne, a przy sekcyi znaleziono, prócz wspomnianego ropnia, zapalenie ropne opon mózgowych. W ropie z ropnia i opon wykazano paciorkowce.

Na tem posiedzenie zakończono.

Dr. Władysław Żydłowicz, sekretarz doroczny

VI. *Stosunki sanitarne w Slawonii i Kroacyi, skreślone na podstawie dzieła Dr. Ivo Žirovčića.*

Królestwo Kroacyi i Slawonii, należące do krajów korony węgierskiej, posiada od roku 1868 własną autonomię. Wewnętrzna administracya, sądownictwo i oświata znajdują się we własnym zarządzie krajowym. Finanse i handel są podporządkowane odpowiednim ministerstwom w Peszcie. Język urzędowy jest jednak we wszystkich, a więc i w urzędach wspólnych, kroacki. Nawet w kroackiej obronie krajowej językiem urzędowym i komendy jest kroacki. Na czele kraju stoi zupełnie samoistny ban, zastępca cesarza. Własny sejm jest prawodawczym w wspomnianych wyżej 3 zakresach rządzenia. Kraj podzielony jest na 7 komitatów, te znów na 79 powiatów. Najwyższym urzędnikiem politycznym z pierwszych jest wielki żupan i podżupan (lekarz: fizyk komitatski), w drugich — naczelnik powiatu, starosta (lekarz: powiatowy = *Bezirksarzt*).

Kraj sam z wejrzenia przypomina bardzo Galicyę. Tylko klimat o wiele łagodniejszy. Mieszkańców liczy Kroacya około $2^1/_2$ milionów na przestrzeni 43 tysięcy □ kilometrów, Kroatów (wyznania kat.) i Serbów (schyzmatyków). Inne narodowości są w bardzo małej ilości.

Lekarzy posiada Kroacya około 500, z których przeszło 100 praktykuje w Zagrzebiu. Między pierwszymi jest 70 wolno praktykujących; wszyscy inni są na posadach państwowych lub gminnych.

Ponieważ Uniwersytet w Zagrzebiu (od r. 1874) nie posiada Wydziału lekarskiego, przeto lekarze tutejsi odbywają nauki lekarskie w Wiedniu lub Gracu. Dzięki jednak ofiarności publicznej kraj posiada fundusz, wynoszący obe-

enie przeszło milion koron, który umożliwi otwarcie Wydziału lekarskiego w niedalekiej przyszłości.

Ogniskiem życia duchowego tutejszych lekarzy jest miesięcznik „Liečnički Viestnik“, wychodzący od lat 22 nieprzerwanie pod redakcyą Dr. Cačkovića, dzielnego chirurga i niezmordowanego pisarza. Pomieszcza on prace oryginalne tutejszych lekarzy i wyciągi, przeważnie z prac lekarzy słowiańskich. Jestto organ Towarzystwa lekarzy kroackich, liczącego 25 członków honorowych, 8 korespondentów i 420 zwyczajnych. Z Polaków członkami honorowymi są profesorowie: Edw. Korczyński, Rydygier i Bujwid. Zadaniem tutejszego Towarzystwa lekarskiego jest oprócz wymiany zdań na polu zawodowem, podniesienie piśmiennictwa lekarskiego, złożenie funduszu dla wspierania kolegów niezdolnych do pracy, oraz wdów i sierot po lekarzach.

Stosunki osobiste lekarzy urzędowych, jak również służby zdrowia w gminach, miastach i szpitalach, reguluje ustawa z r. 1894: *a)* lekarzy miejskich jest 51 w 36 miastach i miasteczkach. Stolica kraju, Zagrzeb (po kroacku Zagreb), ma fizyka miejskiego i 4 lekarzy dzielnicowych miejskich. Większe miasta mają 3 lub 2, miasteczka jednego lekarza miejskiego. *b)* Nadto kraj jest podzielony na 170 gmin sanitarnych. W tych pełnią służbę lekarze gminni (podobnie jak w Galicyi lekarze okręgowi). *c)* Lekarzy powiatowych jest 79. Wioski, położone naokoło siedziby powiatu, tworzą też 1 gminę sanitarną i w niej służbę zdrowia pełni oprócz swoich właściwych czynności, lekarz powiatowy. *d)* Siedmiu lekarzy komitatowych sprawuje naczelną władzę sanitarną w komitatach. *e)* Kierownikiem służby zdrowia w kraju jest protomedyk. referent sanitarny bana.

Władza komitatu rozporządza specyalnym funduszem zdrowotnym, z którego pokrywa się wszelkie wydatki, jakie urząd zdrowia za sobą pociąga, jak płace lekarzy, budowa szpitali, wydatki w czasie epidemii itd. Do funduszu tego wpływa $2^1/_2$% podatku gruntowego, regularne datki poszczególnych gmin, darowizny, kary za przestępstwa przeciw zdrowotności i t. d. Ważną i naśladowania godną jest ustawa, która mówi: „Jeżeli lekarz (nawet prywatny na wezwanie władzy) wskutek czynności w czasie epidemii umrze, lub wskutek przebytej słabości straci zdolność do pracy, należy się mu. a względnie wdowie, jakoteż sierotom, taka płaca, jakgdyby służył państwu 40 lat“.

Płaca lekarzy gminnych wynosi 1000—1500 koron i 200 k. na mieszkanie. Drugie tyle przynosi zwykle praktyka prywatna i komisye. Lekarze powiatowi pobierają 1600—2600 kor. i 400 k. na mieszkanie. Fizycy komitatowi 2400 do 3200 k. i 600 k. na mieszkanie. Drugie tyle przynosi lekarzom rządowym praktyka, a względnie komisye.

W obecnych stosunkach nie-Kroaci posad rządowych nie otrzymują. Przy wszystkich głównych urzędach, jako organa doradcze, funkcyonują komisye zdrowotne, a więc przy urzędach gminnych, miejskich i komitatskich.

Do komisyj tych należą: urzędnicy polityczni, lekarze rządowi i prywatni, weterynarze, budowniczowie, inżynierowie, księża. radcy miejscy i t. d. Funkcye te przy władzy centralnej sprawuje krajowa Rada zdrowia, składająca się z 12 członków zwyczajnych. należących do zawodu lekarskiego (dyrektorzy i prymaryusze szpitali, lekarze prywatni, rządowi, miejscy i t. d.), i 18 członków nadzwyczajnych z grona prawników, aptekarzy, chemików, weterynarzy. Wszystkich mianuje ban na 5 lat. Działalność tej Rady zdrowia podobna jest, jak w Galicyi.

Kroacya posiada następujące szpitale:

1) Sióstr miłosierdzia w Zagrzebiu	400	łóżek,	12	lekarzy
2) Braci miłosierdzia publ. w Zagrzebiu	460	»	8	»
3) Sióstr miłosierdzia w Zemunie	200	»	2	»
4) Funda yjny w Osieku (krajowy)	300	»	4	»
5) Krajowy w Pakracu	120	»	2	»
6) Miejski w Karlowcach	250	»	2	»
7) » » Varazdinie	96	łóżek	1	lekarz
8) » » Koprivnicy	90	»	1	»
9) » » Sissek	100	»	1	»
10) » » Zeng	12	»	1	»
11) » » Pozega	44	»	1	»
12) » » Brodzie	40	»	1	»
13) » » Peterwardeinie	44	»	1	»
14) » » Karlovci	25	»	1	»
15) Okręgowy w Mitrovicy	100	»	2	lekarzy
16) » » Vinkovcach	80	»	2	»
17) Komitatowy w Gospic	80	»	1	lekarz
18) » » Ogulinie	120	»	1	»
19) » » Petrinji	60	»	1	»
20) » » Glinie	35	»	1	»
21) » » Nowej Gradišce	76	»	1	»
22) » » Belovarze	100	»	2	lekarzy
23) » » Dugaresie	40	»	1	lekarz
24) Gminny w Vukovarze	45	»	1	»
25) » » Rumie	22	»	1	»
26) » » Goricy	40	»	1	»
27) hr. Erdödy w Nowym Marofie	14	»	1	»
28) Prywatny w Virovitицy	4	»	1	»
29) Dworski w Daruvarze	8	»	1	»
30) Fabryczny w Belišće	21	»	1	»
31) Robotników w Vrbanje	30	»	1	»
32) Sióstr miłosierdzia w Diakowo	10	»	1	»
Razem . .	3099	łóżek	59	lekarzy

Nadto bogatsze i większe gminy posiadają urządzone, a mniejsze miejscowości budynki zarezerwowane na wypadek epidemii.

Krajowy zakład dla obłąkanych w Stenjewcu mieści 500 łóżek, około 100 osób służby, robotników i 3 lekarzy. Jest on zawsze przepełniony i zachodzi wielka potrzeba drugiego podobnego zakładu. Roczne utrzymanie Zakładu wynosi około 150 tysięcy koron. Tak tu, jak i w niektórych większych szpitalach, daje się bardzo uczuć brak systemizowanych lekarzy. Płace lekarzy szpitalnych, stosunkowo do wymagań pod względem pracy umysłowej i fizycznej, są nader nędzne. Prymaryusz pobiera 200, sekundaryusz 100 koron miesięcznie.

Krajowa szkoła akuszerek, połączona ze szpitalem dla położnic w Zagrzebiu, kształci rocznie 60 akuszerek. Porodów odbywa się około 300 rocznie. Służbę lekarską pełni dyrektor zakładu i profesor szkoły, jakoteż jeden asystent. Ten ostatni zmienia się co pół roku. Cały kraj posiada około 400 akuszerek na posadach.

Nadto posiadamy w Zagrzebiu zakład dla głuchoniemych i dla ociemniałych.

Od roku 1895 istnieje tu krajowy zakład dla wyrabiania limfy szczepiennej. W roku 1900 dostarczył ten zakład limfy dla 300.000 szczepień.

Szpitale, jak i wyżej wymienione zakłady, odpowiadają w każdym kierunku wymaganiom zdrowotnym i leczniczym.

Kierownicy szpitali i prymaryusze są zawodowo wysoce wykształceni i rutynowani lekar. e, należący przeważnie do nowej generacyi. Między nimi jest wielu specyalistów. I tak: chirurdzy: Dr. Wikerhauser i Dr. Karol Schwarz, dalej Dr. Fischer. Dr. Čačković, Dr. Culumović i Dr. Barković. Interniści: Dr. Rakovac, Dr. Kosirnik i Dr. Kiseljak; specyaliści chorób nerwowych: Dr. Gutschy i Dr. Zirovčić. Okuliści: Dr. Musulin, Dr. Lušic-Matković i Dr. Rechnitzer a specyalista chorób skórnych i wenerycznych: Dr. Mašek. Ginekologowie: Dr. Oskar Weiss. Dr. Malec i prof. Lobmayer. Bakteryolog: Dr. Joanović. Chemik lekarski: prof. Bošnjaković i t. d.

Północno-zachodnią część kraju stanowi ziemia urocza pagórkowata, obfitująca w liczne zdrojowiska, do których zaliczamy 1) Akratotermy: Krapińske toplice, Stubičke toplice, Šutinsko, Sv. Jelena, Slavetić i Lešće. 2) Termy siarczane: Varaždiske toplice i Smrdeće toplice. 3) Szczawa arsenowo-żelazista: Fužine. 4) Kąpiele morskie: Bakar, Kraljevica, Cirkvenica, Selce, Novi, Senj i Karlopag; 5) dalej na południowym wschodzie: Topusko Akratoterma z 50° wodą; 6) a w końcu jeszcze

dalej na wschód, tj. w Slawonii, cieplice jodowo-sodowe: Lipik i tuż obok: 7) Daruvar cieplice żelaziste i nieco na południe: 8) Akratoterma Velika i Valpovo. 9) Wyborne szczawy obfitujące w kwas węglowy w Jamnica, Lasinja, Apatovac i Strekovac.

Kroacya i Slawonia posiadają własną farmakopeę i własną taksę leków. Wszyscy właściciele aptek wraz z samoistnymi prowizorami tworzą gremium. Prezes jest nadzwyczajnym członkiem krajowej Rady zdrowia. Nadto wielu lekarzy w mniejszych miasteczkach posiada apteki domowe. Od r. 1896 urządzono w Zagrzebiu zakład chemiczno-analityczny, przystępny dla rozbiorów z urzędu i dla prywatnych.

Wszystko prawie, co dotychczas uczyniono na polu higieny i zdrowotności, uczynił kraj sam, względnie władza: tylko tu i ówdzie napotkać można ślady dobroczynności prywatnej.

Zakładów dla podrzutków i dzieci nieprawego łoża niema, jakkolwiek potrzeba ich czuć się daje bardzo.

Wydatki krajowe ze strony władzy autonomicznej wynosiły w r. 1900 18·5 miliona koron. Z tego przypada na cele sanitarne pół miliona, oprócz płac lekarzy urzędników i służby, opłacanych z innych etatów. Kasy dla chorych tu istnieją i przynoszą niestety wielką szkodę materyalną dla lekarzy.

Ludność tutejsza zajmuje się chowem bydła i rolnictwem: lekarza wzywa się tu rzadko, jednak stosunkowo ma przecież więcej do niego zaufania, niż u nas w Galicyi. Puszczania krwi i „leków cudownych“ nie zdołano jeszcze wykorzenić.

Ludność wiejska żywi się oprócz ziemniaków jarzynami strączkowemi, mięsem wieprzowem, baraniną i koziną. W bogatszych okolicach piją wieśniacy oprócz wódki (śliwowicy), także wino i piwo. Chłop kroacki żeni się bardzo często już przed 20 rokiem życia, tak, że służba wojskowa, która w tym kierunku nie stawia przeszkód, często przerywa młodej parze miodowe miesiące. Bardzo dużo wieśniaków wędruje w celu zarobku do Ameryki: wychodźcy posyłają co roku do domu znaczne zasiłki. Wielka stosunkowo liczba ludności wędruje do Ameryki, ażeby już nigdy nie wrócić. Nie tak trudność zarobku w kraju, ile obiecane góry złotodajne wabią do wychodźtwa.

Z chorób nagminnych największą plagą kraju jest jaglica. W niektórych okolicach choruje na nią 0·52%, to jest na 10,000 mieszkańców 52. Rząd krajowy czynił i czyni bardzo dużo w kierunku zapobieżenia i leczenia: lekarze powiatowi i gminni objeżdżają 2 razy tygodniowo zakażone wioski i poddają ludność swoistemu leczeniu. Osobny lekarz, okulista, kieruje całą sprawą, objeżdża zakażone okolice i poucza lekarzy.

Śmiertelność w błonicy spadła w ostatnich latach z 60% na 11%, dzięki stósowaniu surowicy przeciwbłoniczej Behringa. W okolicach nad Dunajem, Sawą i Drawą ludność cierpi bardzo na zakażenie zimnicze.

Dur brzuszny zdarza się tylko sporadycznie. Uwagi godne są późne następstwa kiły pod nazwą „Skrljevo“. Nazwa ta pochodzi od wioski w okolicy Bakaru (Buccari) na wybrzeżu kroackiem, gdzie choroba ta zniszczyła całą okolicę i ztąd się aż w okolicę Bośni i wzdłuż wybrzeży Dalmacyi od wieków rozprzestrzeniła. Są to trzeciorzędne kilaki zapalne, które niszczą przeważnie policzki i nos, ale występują i na innych częściach ciała w podobnej postaci, jako rozległe rany skórne, próchnica kości, wreszcie wysokiego stopnia niedokrewność, wyniszczenie i ostateczny uwiąd, prowadzący do śmierci. Systematyczne leczenie przeciwkiłowe, połączone z dobrem odżywianiem, zwalcza tę ciężką chorobę, która, Bogu dzięki, z każdym dniem rzadziej się zdarza.

W ostatnich latach stwierdzono kilkadziesiąt przypadków rumienia lombardzkiego (pellagra). *Dr. I. K.*

VII. III. Zjazd lekarzy i przyrodników czeskich w Pradze, 1901.

Zestawił

Dr. P. Kučera.

Sekcya lekarska.

(Ciąg dalszy).

7. Docent L. Haškovec (Praga). **Kilka zagadnień spornych w zapatrywaniu na nerwicę urazową.** Twierdzenia swoje, oparte na podstawie piśmiennictwa i 12 własnych przypadków, podaje prelegent w formie następującego streszczenia: nazwy „nerwica urazowa“ nie należy odrzucać; zastrzegamy ją dla chorób czysto czynnościowych lub dynamicznych, dla których brak nam dotąd podkładu anatomicznego. Objawy przedmiotowe nerwicy urazowej, na których obok objawów podmiotowych i zasługujących na zaufanie wywiadów opiera się nasze rozpoznanie, zgadzają się z objawami znanych nerwic i neuro-psychóz *(neurasthenia, hysteria, hypochondria, melancholia, epilepsia)*. Dlatego więc wartość pojedynczych objawów jest w nerwicy urazowej takasama, jak i w tych ostatnich. Żadnych objawów przedmiotowych, cechujących li tylko nerwicę urazową, niema. Choć zdarza się udawanie ze strony chorych, to przecież jest ono rzadkiem, i trzeba je odróżnić od przesadzania chorych przy opisie swych pojedyńczych objawów podmiotowych. Okłamanie lekarza doświadczonego jest wprost wykluczone. Do wykrycia symulantów i do ocenienia pojedynczych objawów najlepiej nadają się zakłady i szpitale; lekarz atoli nigdy nie powinien przystępować do badania chorego z uprzedzeniem. Przy badaniu należy zwracać uwagę z jednej strony na każde, choćby nawet nieznaczne zranienie, (dające się często dopiero zapomocą roentgenografii wykryć), z drugiej zaś strony trzeba mieć na uwadze, że bolesność (przy ucisku) niektórych miejsc, oraz przykurczenia pewnych mięśni mogą naprowadzić na myśl o zmianach organicznych danego miejsca. I tak już dziś wyodrębnia się w nerwicy urazowej pewna jej postać, cechująca się nieruchomością kręgosłupa. Rokowanie w tej chorobie jest przy odpowiedniem leczeniu niezłe. W razach, gdzie od decyzyi lekarza zależy rozstrzygnięcie sporów o zabezpieczenie poszkodowanego i t. d., i gdzie lekarz nie jest pewny rozpoznania, najlepiej wyrazić otwarcie *ignoramus* i przypomnieć chlebodawcy, iż wyżej niż nauka stoi — ludzkość.

8. Docent L. Syllaba (Praga). **O wzajemnym stosunku między rozpadem a nowotworzeniem krwinek czerwonych w niedokrewności złośliwej.** Wykrycie bilirubiny w surowicy krwi w pięciu przypadkach niedokrewności złośliwej, nadto wykrycie wolnej hemoglobiny w jednym z tych przypadków, zmusiły już dawniej autora do zapatrywania, że punktem wyjścia choroby Biermera jest rozpad krwinek czerwonych. W obecnej pracy chodzi autorowi o wykrycie przyczyn owej zgubnej „erytro-cyto-lysis“. Do rozwiązania tego zagadnienia obrał on drogę doświadczalną. Widząc bowiem, iż cały szereg objawów klinicznych przemawia za toksemicznem pochodzeniem choroby Biermera, podawał S. psom znane zkądinąd trucizny, działające na krew, w celu wywołania powolnej toksemii. Rzeczywiście udało mu się w jednej seryi doświadczeń wywołać ciężką niedokrewność, przebiegającą z żółtaczką, bilirubinuryą, względnie urobilinuryą, dalej z typowem zabarwieniem narządów wewnętrznych, z obrzękiem śledziony i zaczerwienieniem szpiku kostnego. W drugiej zaś seryi naodwrót nastąpiło wzmożenie ciałek czerwonych z równoczesnem zabarwieniem narządów wewnętrznych, względnie bilirubinuryą i wyraźnym odczynem ze strony narządów krwiotwórczych. Przytem jednak u zwierząt pierwszej seryi spostrzegał niekiedy w przebiegu choroby pomnożenie liczby krwinek czerwonych, w drugiej zaś przeciwnie wydarzały się wahania *in minus*. Zjawisko to tłómaczy autor walką między hemolizą i hemopoiezą. Jeżeli rozpad bierze górę, zmniejsza się ilość krwinek i barwika krwi; jeśli zaś przeważa czynność krwiotwórcza, zwiększa się zawartość obu. Zależnie od tego, która z tych czynności zwycięży na stałe, staje się zwierzę niedokrewne, albo też krwiste (pletoryczne).

Jest rzeczą wysoce paradoksalną, iż tensam czynnik, który niszczy tysiące krwinek czerwonych, jest w stanie pomimo tego wywołać i krwistość (pletorę). Widocznie hemoliza sama przez się jest czynnikiem drażniącym dla narządów krwiotwórczych, obecność zaś wytworów rozpadowych we krwi jest bodźcem dla nich.

Wniosek ten wyjaśnia nam odrazu dużo niejasnych spraw w obrazie choroby Biermera. Wytłómaczy on nam łatwo dziwne nieraz zwroty w przebiegu choroby Biermera: nagłe i znaczne po-

większenie ilości krwinek czerwonych i hemoglobiny. Wtedy pojmujemy także działanie arszeniku i najnowszą terapię tej choroby, zapomocą hemolizy, które przecież, tak jedno jak i drugie rozpuszczają krwinki czerwone *in vitro*.

Jeśli słusznem jest twierdzenie Anschütza, iż moczówka (diabetes) bronzowa ostatecznie powstaje z powodu rozpadu ciałek czerwonych krwi, wtenczas dałoby się wytłómaczyć na podstawie doświadczenia autora, dlaczego dotąd w tej chorobie nie znaleziono rażącego jakiegoś zmniejszenia krwinek, ani hemoglobiny, lecz raczej ich pomnożenie. Z tegoby wynikało, iż w klinice spotykamy się z hemolizą, przebiegającą *a)* z niedokrewnością, *b)* z krwistością; do pierwszej należałoby zaliczyć niedokrewność złośliwą, do drugiej moczówkę (*diabetes*) bronzową i t. zw. hemochromatozę. Właściwa przyczyna obu miałaby swe ostateczne źródło w przewlekłem zatruciu krwi.

Zapatrywanie to, według którego wzmożony rozpad krwinek czerwonych może wśród pewnych okoliczności sprowadzić podrażnienie narządów krwiotwórczych i krwistość (pletorę), znajduje analogię i w innych gałęziach patologii ogólnej. Tak n. p. zwiększona praca mięśnia sercowego przy wadach serca wywołuje przerost serca i wyrównanie następstw zaburzonego wyrównania (kompenzacyi). Niedostateczne przewietrzanie płuc przy zwężeniach krtani prowadzi przez t. zw. „Selbststeuerung des Athmens“ do oddechów głębszych, niż w warunkach zwykłych. We wszystkich tych przypadkach istniejąca sprawa chorobowa stara się, ile się da, regulować zmienione stosunki i ratować ustrój od zguby. Należy więc taka samoregulacya zmienionych stosunków we krwi przez hemolizę do zjawisk teleologicznych doniosłej wagi. (Ciąg dalszy nastąpi).

VIII. Wiadomości bieżące.

Kraków, dn. 25 lipca.

— Redaktor główny „Przeglądu“ Dr. Kwaśnicki, wyjeżdża na kilkotygodniowy wypoczynek. Aż do powrotu zastępować go będzie w redakcyi Prof. Dr. Ciechanowski (*Wielopole 4*).

— Ś. p. Dr. Buszek przekazał testamentem swój higienicznolekarski księgozbiór Towarzystwu lekarskiemu krakowskiemu.

— Komitet gospodarczy XIV międzynarodowego Zjazdu lekarskiego w Madrycie wezwał prof. Hlavę do utworzenia czeskiego narodowego komitetu. O komitecie polskim jakoś dotąd nie słychać.

— »Časopis lékářů českých« uskarża się, że na lecznicę dla suchotników zebrano w Czechach dotąd tylko 13.000 koron. Istotnie to niewiele, a jednak przecież więcej, niż w Galicyi.

— Poraz pierwszy otrzymały niedawno w Niemczech, mianowicie w Halle, dyplom lekarski dwie kobiety, pp. Klausner i von Leyden.

— Równouprawnienie kobiet-słuchaczek nastąpiło w uniwersytecie w Helsingfors.

— Amerykański milioner Carnegie ofiarował uniwersytetom swej ojczyzny, Szkocyi, nieprawdopodobnie olbrzymią darowiznę, bo nie mniej, jak 40 milionów marek. Dochód z połowy tej kwoty przeznaczył na udoskonalenie środków naukowych w wydziałach lekarskich i przyrodniczych (budowa i wyposażenie pracowni, zbiorów, bibliotek, tworzenie nowych katedr, zasiłków, stypendyów itd.). Dochód z drugiej połowy daru posłuży na stypendya dla słuchaczy szkockich wszechnic.

— Pisma lekarskie niemieckie nawołują do ostrożności w doświadczeniach z promieniami Röntgena, a to z powodu śmierci fizyka Clausena w Berlinie, który przy tych doświadczeniach odniósł uszkodzenia skóry na ręce, w następstwie zaś zmarł wkrótce pomimo odjęcia chorej ręki. Ostrzeżenie to pism niemieckich nie jest zbyt jasne; prawdopodobnie przyczyną groźnych następstw uszkodzenia skóry było chyba przypadkowe zakaźne powikłanie.

Redakcya otrzymała: Renck i: Ueber die functionellen Ergebnisse nach Operationen am Magen bei Ulcus und gutartiger Pylorusstenose. Odb. z »Mittheil. aus d. Grenzgebieten der Med. u. Chir.« Tom 8. Zesz. 3. 1901. Puławski A.: 1) Nowe prądy w terapii chorób nerwowych (odb. z »Gaz. lek.«). 2) Sprawozdanie lekarskie z zakładu leczniczego w Nałęczowie. 3) Przyczynek do historyi rozwoju naszych miejscowości leczniczych. [Nałęczów]. (Odb. z »Medycyny«). Malewski Br.: 51 przypadków choroby Basedowa, spostrzeganych w Zakładzie Nałęczowskim (dto). Uhma: Popęd płciowy i niektóre jego zboczenia. Lwów-Warszawa 1901. Krokiewicz: Przyczynek do nauki o tętniaku aorty. (Odb. z »Gaz. lek.«).

Mianowania i odznaczenia: Prof. Graser przenosi się z Rostocku do Erlangen na miejsce v. Heinekego. Prof. Gulewicz z Charkowa mianowany profesorem chemii lekarskiej w Moskwie; tamże mianowany profesorem anatomii Doc. Karusin. Dr. Monnier mianowany profesorem higieny i medycyny sądowej w Nantes.

Bibliografia.

Medycyna Nr. 29: Orłowski St.: Przypadek bezpośredniego zranienia mostu Varola przy nieuszkodzonej czaszce. Krause: Przyczynek do kazuistyki rzadkich przypadków przepuklin jelita grubego.

— *Kronika lekarska* Zesz. 13. Flatau i Koelichen: O zapaleniu rdzenia.

— *Časopis lékařů českých* Nr. 29: Kukula: O autointoxikacich při occlusich střevnich. Šindelář: Několik slov o intubaci hrtanu z praxe venkovské. Khek: Sebevražedná otrava antifebrinem.

— *La Presse médicale* Nr. 56: Bonnaire i Decloux: Wrodzony gruczolak limfatyczny u noworodka. Rabé: Drogi wydalania barwika w moczówce barwikowej. Hartmann: Leczenie nacieku moczowego, przetok moczowych itd. Nr. 57: Debove: O otłuszczeniu bolesnem. Nr. 58: Calmette: Poliklinika przeciwgruźlicza w Lille. Plicque: Ból lędźwiowy i jego leczenie.

— *Wiener klinische Wochenschrift* Nr. 29: Strubell: O wpływie pożywienia na przebieg doświadczalnej mocznicy z dodatkiem uwag o dyetetycznem leczeniu mocznicy u ludzi. Kraus R.: O rozpoznawczej wartości swoistych strątów (w surowicach). Jelinek S.: Rażenie piorunem i wysokie napięcie elektryczne.

— *Münchener medic. Wochenschrift* Nr. 29: Buchner i Geret: O krystalicznym wytworze uodpornienia. Siegert: Doświadczenia nad żywieniem zdrowych i chorych osesków mlekiem v. Dungerna. Lommel: W sprawie wytrzymałości zarazka płoniczego. Braunschweig: O otoku jam kości twarzy. Korff: O znieczulaniu sposobem Schneiderlina. Klaussner: Przypadek luxatio claviculae sternalis duplex congenita. Hoepfl: Spostrzeżenia chirurgiczne. Schanz: Wyprostowywanie znacznych garbów nawykowych. Seggel: Oświetlanie zakładów wychowawczych i szkół. Lenhartz: Endocarditis septica.

— *Deutsche medic. Wochenschrift* Nr. 29: Leyden: Wyleczony przypadek tężca. Hethold: Cztery przypadki tężca. Kleine: Przypadki ospy w Berlinie. Hippius: Przyrząd do pasteryzowania mleka w domu. Waldeyer: Topografia mózgu. de Lille i Jullien: Nowy prątek kiły.

— *Berliner klin. Wochenschrift* Nr. 29: Nagel: W sprawie wytłaczania i przedziurawiania główki następującej. Fehre: Przyczynek do wiadomości o wiądzie rdzenia u kobiet. Hahn: Kilka spostrzeżeń z tegorocznego moru w Bombayu. Hirschfeld: O zmianach wielojądrzastych leukocytów w niektórych chorobach zakaźnych. Hammann: O wybuchu moru w Kapsztadzie.

Redaktor odpowiedzialny: Prof. Dr. Stan. Ciechanowski.